



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

L'EMDR dans l'œil de la clinique de l'activité : le métier de psychothérapeute

EMDR through the lens of the clinic of activity: The profession of psychotherapist

Juliette Machado ^{a,b,*}, Christine Rotonda ^{a,b}, Cyril Tarquinio ^{a,b}

^a Inserm, INSPIRE, université de Lorraine, 54000 Nancy, France

^b Centre Pierre-Janet, université de Lorraine, Île du Saulcy, 57000 Metz, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 8 juillet 2025

Accepté le 25 octobre 2025

Mots clés :

Ajustement

Clinique de l'activité

EMDR

Intuition clinique

Psychothérapeute

Relation thérapeutique

R É S U M É

Objectifs. – À travers le prisme de la clinique de l'activité, cet article propose une lecture alternative de l'EMDR, si souvent réduite à sa dimension protocolaire très structurée, et met l'accent sur ce que le psychothérapeute apporte à la psychothérapie bien au-delà de la technique.

Méthode. – La méthode relève d'une interrogation de ce qui se joue en psychothérapie et particulièrement en EMDR, en tant que thérapie prescriptive du travail du psychothérapeute au travers du protocole EMDR standard, sous l'angle de la clinique de l'activité. Il s'agit d'étudier la réalité du métier du psychothérapeute avec des méthodologies tirées de cette discipline, dans ce delta entre la technique, d'une part, et la réalité clinique, d'autre part.

Résultats. – Au-delà de l'application stricte du protocole EMDR standard, cet article repositionne le thérapeute au centre de la psychothérapie au travers notamment de trois grands piliers : l'ajustement du thérapeute, la relation thérapeutique et l'intuition clinique.

Discussion. – Sont discutées en guise de discussion les implications pour la recherche, la formation des psychothérapeutes et la clinique.

Conclusion. – Il convient de rétablir le psychothérapeute au centre de la psychothérapie par toute la complexité qu'il mobilise en permanence, ce dont la recherche en EMDR ne rend à ce jour pas du tout compte, alors même que c'est sans doute ce qu'il y met de lui qui fait bien plus soin que sa dimension technique.

© 2025 Les Auteurs. Publié par Elsevier Masson SAS. Cet article est publié en Open Access sous licence CC BY (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

A B S T R A C T

Objective. – Through the lens of the clinic of activity approach, this article proposes an alternative reading of EMDR that looks beyond its structured protocol dimension, and places emphasis on what the psychotherapist brings to the psychotherapy above and beyond technique.

Method. – The method involves questioning what is at stake in psychotherapy and particularly in EMDR, as a therapy that prescribes the work of the psychotherapist through the standard EMDR protocol, through the lens of the clinic of activity. The aim is to study the actual psychotherapist's profession using methodologies from this discipline, in this delta between technique on the one hand and clinical reality on the other hand.

Results. – Beyond the strict application of the standard EMDR protocol, this article repositioned the therapist at the core of psychotherapy through three main pillars: therapist adjustment, the therapeutic relationship and clinical intuition.

Discussion. – As a discussion, implications for research, training psychotherapists and clinical practice are discussed.

Conclusion. – It is necessary to consider the psychotherapist at the core of psychotherapy, because of all the complexity he or she is constantly mobilizing, something that EMDR research has not yet taken into

Keywords:

EMDR

Clinic of the activity

Psychotherapist

Clinical intuition

Adjustment

Therapeutic relationship

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : juliette.machado@univ-lorraine.fr (J. Machado).

account at all, even though it is undoubtedly the psychotherapist's own contribution that is far more healing than his or her technical dimension.

© 2025 The Authors. Published by Elsevier Masson SAS. This is an open access article under the CC BY license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

Ce qui se joue en psychothérapie anime depuis longtemps la communauté scientifique. Si les études d'efficacité (*efficacy studies*) se sont multipliées, c'est aujourd'hui bien plus la question des mécanismes à l'œuvre qui est devenue un défi pour les chercheurs. En effet, comment saisir ce qui, par définition, est en perpétuelle transformation ? En ce sens, la psychothérapie peut être qualifiée d'intervention complexe [9,10] considérant : (1) le nombre de composants interagissant entre eux, (2) le nombre et la difficulté des comportements requis par ceux qui fournissent l'intervention (dans notre cas : les psychothérapeutes) et ceux qui la reçoivent (les patients), (3) le nombre et la variabilité des résultats, ou encore (4) le degré de flexibilité ou d'adaptabilité de l'intervention. Plus encore, l'évaluation multimodale de la psychothérapie pose deux défis méthodologiques majeurs [54]. D'une part, la prise en charge d'un patient va nécessiter plusieurs approches au cours de son traitement thérapeutique. Le thérapeute va s'adapter en fonction de son patient et convoquer ainsi différentes techniques et mises en pratique, sous-tendues par différents modèles théoriques. C'est guidé par la créativité, propre à la clinique, que le suivi va se construire. D'autre part, des facteurs externes ou facteurs implicites de changement peuvent intervenir et influencer les résultats sans que le thérapeute puisse lui-même les identifier. Ainsi, c'est l'intuition, l'intelligence et le sens clinique du thérapeute qui seront à l'origine de ses initiatives et de ses actions, sans même qu'il puisse lui-même les anticiper. La plupart du temps, (sauf peut-être pour les psychothérapies que l'on qualifie de « manualisée », c'est-à-dire, qui répondent à un cadre précis en suivant à la lettre un protocole préétabli et qui par nature escamotent alors les initiatives du thérapeute), les psychothérapies peuvent être considérées comme des espaces de créativité et d'ajustement permanent du thérapeute à la spécificité et à l'identité du patient qui le sollicite et qui est lui-même engagé dans un processus de changement permanent.

La psychothérapie EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) ne fait pas exception. Aujourd'hui reconnue et recommandée dans le traitement du psychotraumatisme [17,19,34], la compréhension de ce qui s'y joue reste encore floue. Parmi ses ingrédients actifs, c'est bien trop souvent son protocole standard qui est au cœur des travaux, ainsi que les Stimulations Bilatérales Alternées (SBA) qui, au-delà de la curiosité et du doute qu'elles ont provoqué au début de cette approche, en sont aujourd'hui le prototype, qu'il s'agisse de mouvements oculaires, de tapotements ou encore de sons alternés. Dans cet article, il s'agira de montrer que même dans une approche aussi standardisée que l'EMDR, la part d'innovation et d'initiative du thérapeute reste incontournable. L'efficacité de cette approche [6,26] a été mise en œuvre notamment grâce à des Essais Contrôlés Randomisés (ECRs) qui demeurent le *Gold Standard* en termes de méthodologie pour montrer l'efficacité d'une intervention (qu'il s'agisse de l'efficacité d'un médicament, d'une intervention en santé publique ou d'une psychothérapie). Dans le champ de l'évaluation de l'EMDR, les ECRs se sont attachés à réduire le plus possible les variations inter-thérapeutes en demandant à ces derniers de respecter à la lettre le protocole standard, voire en écartant des études les cas cliniques et les thérapeutes lorsque ces derniers prenaient trop de liberté par rapport à ce que le protocole exigeait. Or, les ECRs sont une réalité toute particulière qui répond à des exigences bien éloignées de ce qui se passe vraiment dans les cabinets et les institutions qui utilisent l'EMDR. Dans la réalité

clinique de tous les jours, même si cette thérapie est éminemment protocolisée, nous restons convaincus que sa fonctionnalité et sa pertinence sont très largement dues à la capacité d'adaptation des thérapeutes, à leur intelligence, leur sens clinique, et leur expérience des patients. Ces derniers ont appris de longue date que la psychothérapie ne pouvait pas se réduire à une application stricte, même du meilleur des protocoles. Ce qui fait l'originalité et la complexité de la psychothérapie c'est la prise en compte de la spécificité de chaque patient et la capacité qu'aura le thérapeute à proposer des aménagements parfois d'une grande finesse pour se situer dans un exercice du métier sur mesure, et donc toujours original. Les méthodologies de la psychologie du travail et en particulier celle de la clinique de l'activité [7] sont les socles d'analyse sur lesquels nous avons pris appui afin de saisir cette spécificité et cette originalité du processus thérapeutique même lorsqu'on se revendique d'une approche dite « figée » *a priori* et déterminée notamment par une référence au protocole standard de la thérapie EMDR. C'est donc un regard nouveau que nous avons voulu porter sur cette approche afin de dégager toute la richesse de la contribution des thérapeutes, trop souvent passée sous silence au profit d'une vision mécanistique simpliste de l'EMDR qui ne rend ni compte de la richesse de cette approche, et encore moins de l'immense contribution des thérapeutes tout au long de la prise en charge.

1. L'EMDR : une psychothérapie manualisée

La psychothérapie EMDR fait partie, comme c'est le cas pour les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC), des psychothérapies dans lesquelles le thérapeute est invité tout au long de sa prise en charge à suivre un cadre extrêmement précis fait de phases ou d'étapes qu'il convient de respecter strictement. En EMDR, le plus célèbre de ces cadres est le protocole standard, composé de 8 étapes [48], et qui est au cœur de la formation initiale des cliniciens. Même s'il en existe de nombreux autres, c'est le protocole standard qui a fait le succès de l'EMDR et pour lequel tout est détaillé, à tel point que les praticiens, malgré quelques ajustements (trouver les cibles, identifier les cognitions, les émotions et les sensations dans le corps), pourraient être réduits à suivre strictement un tel cadre, jusqu'à appliquer au mot près les consignes présentes à chacune des 8 phases. Ce protocole se veut être le fil rouge de la pratique du thérapeute EMDR, en lui offrant une ligne directrice, un cadre, permettant de structurer et de guider sa pratique. En ce sens, l'EMDR peut être qualifiée de psychothérapie « manualisée ». Le [Tableau 1](#) ci-dessous résume ces 8 étapes de travail.

2. Évaluation du protocole EMDR standard par les ECRs

Dans la littérature scientifique, de nombreux travaux démontrent l'efficacité de l'EMDR et de son protocole standard dans la prise en charge des symptômes de Troubles de Stress Post-Traumatiques. Méthodologiquement, cette efficacité est démontrée par des Essais Contrôlés Randomisés (ECRs). Classiquement, dans ce genre de design méthodologique, un maximum de paramètres est contrôlé, une sélection rigoureuse des participants est réalisée et les traitements étudiés sont attribués au hasard, par tirage au sort. Une telle méthodologie permet de s'assurer que le résultat obtenu est dû à l'intervention étudiée

Tableau 1
Les phases du protocole EMDR standard.

Phase 1 : histoire du patient et planification du traitement	Phase d'anamnèse. Évaluation de la symptomatologie du patient, mais aussi de ses ressources et de son niveau de sécurité. Construction du plan de ciblage, autrement dit des souvenirs passés, appelés « cibles », susceptibles d'expliquer les troubles, les déclencheurs actuels qui activent ce matériel et ce qu'il sera nécessaire de développer dans le futur
Phase 2 : préparation	Explication de la thérapie EMDR. Préparation du patient au traitement EMDR (par l'enseignement de techniques pour se sécuriser et s'ancrer par exemple)
Phase 3 : évaluation	Identification des composants de la cible traumatique (image perturbante, croyance dysfonctionnelle, émotions, sensations...) qu'il a été convenue entre patient et thérapeute de désensibiliser
Phase 4 : désensibilisation	Phase de traitement de la cible traumatique à l'aide des Stimulations Bilatérales Alternées (SBA) réalisées par le thérapeute. Le patient explore le contenu associé à la cible traumatique jusqu'à la « vider » de tout matériel négatif
Phase 5 : installation	Libéré de tout matériel négatif, l'objectif de cette phase est de permettre l'accès au patient au matériel positif, dans une perspective adaptative. Ancrage d'une croyance positive à propos de lui-même
Phase 6 : scanner du corps	Phase de vérification de la présence d'un matériel résiduel négatif en demandant au patient de passer mentalement en revue son corps
Phase 7 : clôture	Désensibilisation de la cible complète achevée. La stabilité du patient est évaluée et des consignes de sécurité sont transmises. En cas de désensibilisation incomplète, le thérapeute s'assure également de la stabilité du patient avant de clore la séance dans le but de reprendre le traitement à la prochaine séance
Phase 8 : réévaluation	Vérification avec le patient de la stabilité du travail de la séance précédente. Il s'agit de déterminer si les effets du traitement ont été maintenus et si un autre matériel a émergé

(forte validité interne) mais ne reflète aucunement la réalité clinique (faible validité externe). Plus encore, les ECRs évaluant l'EMDR nécessitent que tous les thérapeutes qui participent à l'étude appliquent le plus strictement possible le protocole afin que l'on soit certain de ce qui est évalué par l'étude. En effet, des variations dans la mise en œuvre du protocole standard rendraient les résultats des études caduques et introduiraient un biais majeur. Cela reviendrait, par exemple, à évaluer l'efficacité d'un nouvel antidépresseur alors même que les pilules qui seraient distribuées aux participants de l'étude n'auraient jamais le même dosage ; une telle étude n'aurait bien entendu aucune valeur scientifique. C'est pourquoi, dans ce genre d'études qui concernent l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies comme l'EMDR, il n'est pas rare de constater des sorties d'études, soit parce que le thérapeute lui-même admet qu'il ne lui a pas été possible de suivre le protocole, soit parce qu'un tiers peut être amené à regarder les vidéos des prises en charge et à juger si elles sont conformes ou non au protocole standard. En accord avec ces travaux, le protocole EMDR standard démontre donc des effets indéniables dans la prise en charge du Trouble de Stress Post-Traumatique.

Cependant, dans la clinique que les thérapeutes pratiquent en institution ou en cabinet, rares sont ceux qui s'en tiennent strictement au protocole. Une part de liberté plus ou moins importante est prise par rapport à la trame qu'ils suivent, pour

rester au plus près de leurs patients, animés par leur expérience, leurs autres formations et leur sens clinique. Ce paradoxe – la prescription, qui correspond au monde de la recherche, d'une part, et la pratique thérapeutique telle qu'elle est réalisée, qui correspond au monde clinique, d'autre part – n'a, à notre connaissance, jamais été étudié dans le champ de l'évaluation des psychothérapies. Pourtant, une discipline a l'habitude de se saisir de ce paradoxe : la clinique de l'activité.

3. Clinique de l'activité : saisir l'activité par le langage

La clinique de l'activité est une branche de la psychologie du travail, initiée par le Pr. Yves Clot [7], qui définit l'activité en distinguant notamment trois niveaux :

- la **tâche prescrite** se définit comme la « tâche conçue par celui qui en commande l'exécution. Elle préexiste à l'activité qu'elle vise à orienter et à déterminer de façon plus ou moins complète » [27]. C'est la fiche de poste du travailleur, le cadre qui va définir le travail dans un contexte donné : les objectifs à atteindre, les moyens et méthodes pour y parvenir, les tâches à réaliser, les conditions de travail, l'environnement, etc. Dans le cas de la psychothérapie EMDR, la tâche prescrite correspond au protocole standard ;
- la **tâche réalisée** ou **tâche effective** renvoie à ce que le sujet fait effectivement. Si la tâche prescrite a été minutieusement décrite dans ses buts et ses conditions, alors la tâche réalisée devrait correspondre point par point à la tâche prescrite [27]. Dans notre cas, il s'agit de la psychothérapie telle qu'elle est effectivement pratiquée par le thérapeute ;
- le **réel de l'activité** émerge de l'interaction entre la tâche prescrite et la tâche réalisée. Il renvoie à la notion de métier, dans notre cas le cœur du métier de psychothérapeute [11]. Il n'est en revanche pas accessible directement dans le dialogue. En effet, tout thérapeute peut parfois s'entendre dire : « je ne sais pas vraiment pourquoi j'ai fait cela, je l'ai senti comme ça », « c'était intuitif ». Cette dimension du réel de l'activité transcende toute la dimension purement effective, pratique. Elle est également toute l'activité en puissance qui ne s'est pas réalisée : ce qu'on a échoué, ce qu'on aurait souhaité faire ou ne pas faire, ce qu'on aurait pu faire [8]... finalement tout le métier qui ne s'est précisément pas exprimé. Autrement dit, l'activité, par cette dimension, est inachevable, à la différence des tâches qui la réalisent et qui sont visibles dans un contexte donné, là où le comportement réalisé n'est qu'une infime partie du champ des possibles. Dans le cas d'un métier tel que celui de psychothérapeute, nombreux sont les praticiens ayant suivi *quelque chose* qu'il leur est difficile de justifier pour être au plus proche de leur patient. Le réel de l'activité renvoie à ce « difficile à dire » et va nécessiter une méthodologie particulière pour être saisi, ce que nous développerons ci-dessous.

Ainsi, si le métier se révèle en creux de ce qui est effectivement réalisé, les designs expérimentaux, eux, se centrent exclusivement sur la dimension jugée purement « objective », factuelle, soit sur ce qui est fait dans l'expérience immédiate [8]. Dans ces études, le réel de l'activité se retrouve ainsi souvent sacrifié au profit de l'activité réalisée alors même qu'elle pourrait et devrait être la voie d'accès à ce « difficile à dire », ce cœur du métier. Le comportement est pris pour ce qu'il est, en tronquant la dimension en creux derrière le comportement, qui est pourtant la source même de l'activité. Ce serait, pour un biologiste, étudier la croissance d'une plante en la coupant de ses racines, alors même que sans racines, il n'y aurait pas de croissance. Il n'est ici pas question de rejeter en bloc la dimension expérimentale mais plutôt de s'en servir pour accéder à

cette dimension pré-réfléchie, inobservable [8,58]. Dit autrement, en EMDR, l'étude de la technique devrait permettre d'accéder à l'étude du métier, elle doit être un moyen et non une fin en soi. À ce jour, ce n'est pas le cas : l'étude de la technique s'arrête à la technique, et pire encore, la confond avec le métier. Les études d'efficacité en EMDR n'ont jamais prouvé que l'EMDR était efficace, elles ont prouvé que le protocole standard l'était.

De plus, l'exécution d'une technique, quelle qu'elle soit, n'est jamais exactement la même entre les différents professionnels. Il persiste toujours un décalage entre la tâche prescrite et la tâche effectivement réalisée. L'homme ne peut en effet s'apparenter à une machine dans l'exécution automatique de commandes. Car pour réaliser sa tâche, il lui est nécessaire d'avoir intériorisé les prescriptions, au moins pour une part. La tâche réalisée relève donc d'une rationalisation de l'activité. Elle convoque nécessairement une part de subjectivité, indispensable au bon déroulement de l'activité, qui finalement, va bien au-delà des consignes dispensées. Dans le cas de l'EMDR, il s'agit finalement de ce « quelque chose » que le thérapeute va mettre de lui dans la manière dont il va appliquer le protocole standard (tâche prescrite). C'est toute la part du style du thérapeute qui est en jeu ici. En effet, certaines pratiques font consensus au sein de la communauté EMDR : on sait nos savoir-faire, on reconnaît nos propres actes et ceux des autres, on se reconnaît également dans le vocabulaire employé... C'est ce que la clinique de l'activité nomme genre professionnel [7]. À titre d'exemple, au sein d'un congrès EMDR, on peut entendre « modèle TAI », « SUD », « cognition négative »... Il n'est pas nécessaire de définir davantage. Derrière un terme comme « cognition négative », tout thérapeute EMDR sait précisément de quoi il s'agit (comment la cognition négative doit être construite selon le protocole standard, à quel moment elle intervient, en quoi elle est utile pour le patient...). Le genre marque notre appartenance à un groupe, à la fois en termes de mots communs mais aussi de gestes. C'est une mise en actes, une sorte de mémoire collective de conventions d'actions qui permettent d'agir en étant efficace. Cependant, le genre professionnel n'est pas une norme, auquel cas il serait immuable. Or, parce qu'il est en permanence exposé au réel, il bouge. C'est la part ici du style : on contourne parfois nos conventions d'actions, on s'ajuste, on retouche... Le style permet de retravailler le genre en situation, en fonction des circonstances [7]. Dans le cas de la psychothérapie, pour rester au plus proche du patient. Le style du thérapeute est donc en mouvance perpétuelle et participe en même temps à l'élaboration du genre. C'est le subjectif qui est au service de l'objectif. Par ce qu'il met de lui, par ce « difficile à dire », le thérapeute développe ses compétences professionnelles et exerce son métier, s'éloignant plus ou moins du protocole standard.

4. Le métier de psychothérapeute : au-delà du protocole EMDR standard

Nous l'avons vu, les ECRs évaluent la technique du psychothérapeute. Si ce point est absolument nécessaire, il est en même temps incomplet. Le cœur du métier de thérapeute se révèle dans la manière dont il applique sa technique, dans son style, dans ce « difficile à dire », guidé parfois par son intuition, en s'ajustant pour rester synchronisé avec son patient. Indéniablement, le réel de l'activité s'exprime par-delà le protocole standard.

Francine Shapiro, mère de l'EMDR, évoquait ce réel de l'activité sans le nommer tel quel lors d'une interview [28] : « Quand j'utilisais l'EMD dans ce premier centre d'anciens combattants, je filmais les séances et les autres cliniciens observaient les cassettes. Je me souviens avoir dit : "Tout ce que je fais, ce sont des mouvements oculaires." Et ils m'ont répondu : "Non, ce n'est pas vrai. Vous faites beaucoup plus que ça." Il fallait vraiment que je

fasse attention à tous les autres éléments en jeu, et c'était merveilleux de bénéficier du retour d'autres personnes car cela a développé ma conscience de toutes les autres choses que j'apportais à la situation mais qui étaient simplement naturelles pour moi. C'était simplement la personne que j'étais. ». La personne du thérapeute apparaît donc centrale. Dans ce delta entre les exigences du protocole et ce qui est effectivement réalisé, le thérapeute met bien quelque chose de sa personne. Le travail du thérapeute EMDR va bien au-delà du respect strict d'un protocole ou encore de l'application de SBA. C'est guidé par son inventivité et sa créativité qu'il prend des libertés pour s'ajuster à son patient, parfois sans être en mesure d'expliquer la raison de ces ajustements. Ce ne sont pas que des mouvements oculaires mais « beaucoup plus que ça » comme le disait Francine Shapiro. Nous l'entendons dans le discours des praticiens : « j'ai fait tel choix car je le sentais comme ça » ou encore « je ne sais pas pourquoi j'ai fait ça, c'était un pressentiment ». La notion d'intuition thérapeutique apparaît donc centrale, même dans une thérapie aussi rigoureuse que peut l'être l'EMDR. Dit autrement, l'intuition clinique apparaît être un premier ingrédient dans ce cœur du métier, difficile à attraper.

4.1. L'intuition clinique

Les recommandations tendent à encourager les thérapeutes EMDR à appliquer ce que les manuels leur dictent plutôt que de prendre des libertés, car ce sont bien ces manuels qui ont prouvé leur efficacité. Or, chaque clinicien peut parfois s'écarter plus ou moins des lignes directrices, suivant quelque chose de plus intuitif. La notion d'intuition a fait l'objet d'une littérature très riche dans bon nombre de disciplines (neurobiologie, psychologie cognitive, philosophie, médecine...), mais elle reste un concept encore flou, difficilement distinguable de concepts tels que l'inspiration, l'illumination, l'insight ou encore l'instinct, chaque discipline préférant son vocabulaire. Pourtant, une logique commune semble se dessiner au travers de ces différents concepts. L'intuition est classiquement définie comme une « connaissance directe et immédiate d'une vérité qui se présente à la pensée avec la clarté d'une évidence, qui servira de principe et de fondement au raisonnement discursif » [4]. De nombreux modèles ont tenté d'expliquer ce phénomène. Par exemple, en médecine, c'est davantage sous le terme de sentiment instinctif (*gut feeling*) que ce phénomène est étudié, longtemps considéré en opposition au raisonnement scientifique. Pourtant, les médecins sont vivement invités à suivre leur instinct dans la prise en charge de leurs patients [5], qu'il s'agisse de suivre un sentiment d'alarme face au pressentiment que « quelque chose » ne va pas pour le patient, ou à l'inverse pour se réassurer dans une décision de traitement ou un diagnostic. Le soignant doit ainsi, dans cette perspective, naviguer sur un continuum entre raisonnement analytique, d'une part, et raisonnement intuitif, d'autre part, pour soigner son patient et prendre des décisions [51,52].

En psychologie cognitive, on préférera l'étude de l'intuition au travers des connaissances dites implicites. Il s'agit d'informations qui guident la décision et l'action sans avoir conscience de les connaître, et qui semblent avoir été acquises sans l'intermédiaire de procédés d'analyse et de déduction [36]. Michael Polanyi [42] distingue les « connaissances sur » (*knowledge about*) des « connaissances intimes » (*knowledge of acquaintance*) également appelées « connaissances tacites » (*tacite knowledge*). Ce dernier type de connaissance est dit intransmissible, posant peut-être là la différence entre un savoir-faire et un savoir-être. À cet égard, devenir expert d'un domaine reviendrait à abandonner progressivement le raisonnement analytique (observé chez le débutant dans une application scolaire d'une technique par exemple) pour

privilegier un raisonnement intuitif. La clinique de l'activité rejoint ce constat lorsqu'elle observe que plus un travailleur devient expert dans son domaine, plus il lui est difficile de parler de son travail. La connaissance devenant de plus en plus implicite, le comportement devient de plus en plus intuitif et autant difficile à expliquer qu'à transmettre. Or, c'est pourtant là tout l'enjeu de l'explicitation et de la transmission du cœur du métier. Dans le cadre de la psychothérapie, c'est bien souvent un apprentissage implicite qui est à l'œuvre, ce qui pose par ailleurs de réelles réflexions quant à la formation des futurs psychothérapeutes [41]. En psychothérapie, la notion d'intuition est majoritairement étudiée comme étant une « capacité intuitive » en tant que processus non conscient chez le thérapeute, qui l'amène à identifier avec le patient un mode de traitement efficace ou pour l'aider dans l'élaboration d'un diagnostic. Des auteurs [2] considèrent que la capacité intuitive du thérapeute est liée aux processus d'harmonisation affective et au don de saisir l'état d'esprit de l'autre, ce qu'ils lient étroitement avec la notion d'alliance thérapeutique et d'empathie. D'autres auteurs [59] évoquent la légitimité des intuitions des cliniciens en tant que sources fiables d'informations, dès lors qu'elles sont ensuite testées empiriquement.

Mais l'intuition clinique va plus loin qu'un pressentiment d'ordre purement cognitif. Elle est également, et avant toute chose, éminemment sensorielle. Elle suppose un certain lâcher-prise pour être dans une posture d'ouverture, d'écoute et d'accueil de *ce qui vient* [36]. Cette manière d'être au monde serait donc à comprendre comme un réel vecteur de soin [14,30], amenant avec elle différentes sensations kinesthésiques. Des auteurs [35,53] ont en effet observé que l'intuition serait d'abord ressenti dans la kinesphère, ou zone entourant le corps, et se vivrait ensuite comme une véritable sensation de mouvement intérieur, qui pourrait s'exprimer au travers d'autres codes que notre raisonnement analytique, cette fois relégué au second plan, pour se rapprocher davantage de notre « conscience incarnée » (*embodied awareness*) dans le corps [35]. Autrement dit, en psychothérapie, il s'agit d'être pour le thérapeute dans une posture de pleine présence et de réceptivité à ce qui est ici et maintenant. Son propre fonctionnement devient objet d'attention, cette compétence étant appelée « conscience réflexive » [22] qui est associée à l'efficacité thérapeutique. Tout se passe comme si le thérapeute crée un contexte dans lequel il laisse venir ce qui doit advenir. En EMDR, et particulièrement dans la phase de désensibilisation (phase des SBA), il est d'ailleurs recommandé aux thérapeutes de limiter leurs interventions par le dialogue lors de cette phase mais plutôt de créer un contexte sécurisé pour le patient pour ensuite *laisser faire* le processus. Durant le retraitement sans doute plus encore que durant les autres phases, le thérapeute est à l'écoute de son patient mais également à l'écoute de lui-même. Il peut offrir un soutien verbal ou non verbal mais est avant toute chose le garant du rythme [16]. Dans ce contexte, tout l'enjeu de la thérapie est alors de repérer les amorces de changement et de s'en saisir au moment opportun [23] guidé par les réflexions, observations cliniques et sensations, plus ou moins consciemment. Ainsi, dans cette posture, le thérapeute EMDR se met au service du processus, ses interventions ayant pour but, notamment au travers des tissages cognitifs, de favoriser ce processus de désensibilisation et de retraitement. Le protocole standard est alors le fil rouge fondamental mais il s'efface au second plan pour amener cette dimension sensorielle du thérapeute, pleinement connecté à ce qui est ici et maintenant, afin de s'ajuster à son patient. C'est cette dimension éminemment sensorielle, au cœur du processus et le nourrissant, qui s'apparenterait à ce réel de l'activité difficile à saisir d'un point de vue méthodologique, et ignorée dans les études d'efficacité de l'EMDR. Cette dimension sensorielle est pourtant d'autant plus importante lorsqu'on sait qu'en psychothérapie, une

synchronisation physiologique spontanée entre patient et thérapeute serait à l'œuvre et serait étroitement liée à l'alliance thérapeutique [55,60]. En effet, il fut observé un mouvement de compensation, d'alternance et de co-régulation entre patient et thérapeute, particulièrement en ce qui concerne leurs aspects émotionnels [49].

Dans le cas du protocole standard de la thérapie EMDR, nous supposons que l'ajustement des thérapeutes à leurs patients les amène à s'écarter des lignes directrices du protocole. Ces écarts s'effectuent au moins pour une part de manière intuitive, comme en témoigne le discours de nombreux cliniciens ne parvenant pas toujours à justifier les raisons de certains choix thérapeutiques ou les pressentiments qu'ils peuvent avoir concernant leurs patients. Tout nous porte à croire que ce serait l'intuition clinique qui s'exprimerait en creux au travers de ce « difficile à dire ». Ceci semble d'autant plus vrai pour les thérapeutes expérimentés qui sont les plus susceptibles de s'écarter du protocole, jonglant entre différentes techniques et thérapies auxquelles ils peuvent être formés mais faisant aussi davantage confiance en leur instinct, contrairement aux thérapeutes débutants qui auront plutôt tendance à une application plus technique et scolaire du protocole, cadre souvent sécurisant pour le junior. À défaut d'être toujours en mesure d'expliquer *pourquoi* avoir eu tel comportement envers le patient, la finalité semble, elle, faire l'unanimité : pour rester au plus proche du patient. C'est ainsi que le thérapeute EMDR s'ajuste à son patient et quitte peu à peu la voie classique de la technique EMDR.

4.2. L'ajustement du thérapeute

Dans la clinique, tous les thérapeutes diront s'ajuster continuellement à leurs patients, mais cet ajustement n'est pas toujours conscient. C'est ce que Schön [45] nomme « réflexion en acte » ou « réflexion dans l'action » (*reflection-in-action*) lorsqu'il observe des praticiens. En plus de connaissances en acte (*knowing-in-action*), il y a aussi une part de réflexion en acte par l'ajustement du praticien sans pouvoir expliquer ce qu'il fait pour réaliser cet ajustement ni comment il fait. Ce n'est pas seulement réfléchir sur l'action posée, mais bien réfléchir *en cours* d'action. C'est un processus d'autorégulation pendant l'échange avec le patient mais également de « régulation interactive » de la relation thérapeutique [24,25,41], contrairement à la « réflexion sur l'action » qui se déroule après-coup, à la manière de ce que le psychothérapeute peut faire en supervision [43].

Dans son étude sur les phases 3 et 4 de la psychothérapie EMDR sous l'angle de la pragmatique, Steffens [50] a mis en évidence les composantes langagières et le contexte conversationnel spécifiques à la thérapie EMDR. Observant l'application du protocole, elle note que c'est particulièrement au travers des tissages cognitifs que le thérapeute EMDR s'ajuste à son patient dans la pratique clinique, lui proposant ainsi un nouvel univers de pensée, une nouvelle manière de se représenter le monde auxquels le patient finit par adhérer, acceptant la représentation du thérapeute pour la faire sienne. Steffens place ainsi l'ajustement du thérapeute au cœur de la pratique clinique de l'EMDR. Pourtant, c'est bien l'application du protocole de manière stricte qui fait foi tant dans la littérature scientifique que dans la formation des thérapeutes EMDR alors même que ce serait bien en suivant leur intuition que les thérapeutes font preuve d'ajustement pour rester au plus proche de leurs patients [59].

Ce constat semble également s'élargir à d'autres psychothérapies « manualisées » comme peuvent l'être les Thérapies Cognitivo-Comportementales (TCC). Une étude menée par Schulte et Eifer [47] sur une psychothérapie de type TCC démontre des résultats intéressants qui nuancent cet ajustement. Les auteurs

s'appuient sur le modèle duel de la psychothérapie [46], qui énonce que ce n'est pas tant les méthodes qui seraient responsables d'un moindre succès d'un traitement mais bien la manière dont les thérapeutes appliquent ces méthodes et lignes directrices à chaque patient à un moment de la prise en charge. En effet, pour que la méthode fonctionne, il est nécessaire que certaines conditions de base soient remplies particulièrement du côté du patient, à savoir : (1) la recherche d'un traitement, (2) la coopération, (3) la capacité de se confier et de divulguer quelque chose de son intimité, (4) l'exploration et l'expérimentation de nouveaux modèles de comportement et (5) la (non)résistance comme forme active de non-coopération. Ces comportements sont eux-mêmes influencés par les motifs de consultation, les attentes quant à la thérapie et la relation thérapeutique. Ainsi, l'un des objectifs du thérapeute est de promouvoir un comportement de base chez son patient qui soit en faveur du travail, non seulement au début de la prise en charge mais ensuite de s'en assurer tout au long du suivi. Telles sont les conditions nécessaires à l'efficacité du traitement. Après quoi, son autre objectif est alors d'appliquer les méthodes spécifiques telles que prescrites par son manuel. Dans le cadre de la psychothérapie EMDR, elle-même très inspirée par l'approche cognitiviste, nous observons la même tendance : si la préparation du patient a été pertinente et faite selon les critères énoncés pour la bonne réalisation du traitement (phases 2 et 3 notamment), autrement dit s'il remplit les conditions de base, alors l'application du traitement en tant que tel (phases 4 à 7) peut (et doit) se réaliser de manière très protocolaire, suivant strictement les recommandations du manuel pour *laisser faire* le processus, comme explicité plus haut. L'enjeu de la désensibilisation demeure alors dans le juste choix de la cible à traiter. Dans l'étude menée par Schulte et Eifer, en analysant des vidéos de séances de TCC avec les thérapeutes, les auteurs ont trouvé que les thérapeutes passaient majoritairement durant leur prise en charge, d'une stratégie orientée sur la méthode à une stratégie orientée sur le processus ou sur le patient. La majorité des décisions des thérapeutes, traduites par des changements d'intentions dans l'analyse de leurs vidéos, étaient de ce deuxième type de stratégie. Or, les résultats démontrent que l'efficacité du traitement est corrélée négativement avec la fréquence de changements d'intentions orientées vers le processus/patient ($r = -0,56$) mais positivement avec la fréquence de changements d'intentions orientées vers la méthode ($r = 0,48$). Le problème n'est donc pas la stratégie orientée vers le processus ou le patient, mais bien sa fréquence d'utilisation qui, employée trop souvent, nuit au résultat. Ainsi, les auteurs concluent qu'une telle stratégie doit être employée dès lors que les comportements allant dans le sens de la méthode TCC s'avèrent problématiques afin de rechercher chez le patient ce qui peut entraver son comportement de base nécessaire au succès de la thérapie, pour revenir dès que possible vers une stratégie orientée vers la méthode. Considérant ces résultats, ils concluent leur travail en énonçant la nécessité de définir des critères empiriques sur lesquels les thérapeutes devraient s'appuyer pour savoir quand réagir, quoi investiguer chez le patient et comment le motiver.

L'ajustement du thérapeute, décrit dans la clinique comme une adaptation fine et nécessaire du thérapeute pour rester au plus proche de son patient, n'aurait donc de sens que s'il lui permet de rester au service de sa méthode. C'est un peu comme s'il s'agissait d'aider un train à rester sur ses rails. Le thérapeute, à la manière d'un chef de gare, a confiance en l'itinéraire et en la sûreté de ses rails, mais encore faut-il qu'il aide et accompagne le train (le patient) à ne pas sortir de son chemin en cours de route, à ralentir lorsque des obstacles se présentent ou au contraire à accélérer pour traverser parfois plus rapidement un paysage et ne pas s'attarder dans une tempête par exemple. Cette métaphore, d'ailleurs, est suggérée par le protocole EMDR standard en phase 2 pour expliquer le processus de la thérapie au patient [48]. La

dichotomie souvent dessinée – la méthode, d'une part, et la relation thérapeutique, d'autre part – apparaît alors bien fautive. L'une ne peut aller sans l'autre. L'ajustement du thérapeute, et par extension la relation thérapeutique, intervient afin de permettre une bonne réalisation de la méthode. Ainsi, il devient impossible de se tenir strictement à ce qui est prescrit : le thérapeute met nécessairement quelque chose de lui dans l'exécution de sa tâche. C'est là une condition nécessaire pour qu'il reste motivé, engagé mais aussi pour qu'il puisse améliorer et faire évoluer la prescription elle-même [3]. C'est par cette boucle rétroactive que le thérapeute développe ses compétences professionnelles [22]. Le risque, le cas échéant, serait de devoir tordre le patient pour le faire entrer dans un carcan trop rigide et par conséquent perdre le lien avec lui, qui reste pourtant central.

4.3. La relation thérapeutique en EMDR

De multiples travaux font état aujourd'hui de l'importance de la relation patient-thérapeute pour la réussite d'une psychothérapie [32], l'alliance thérapeutique étant reconnue comme un élément central du changement [21]. Ce concept n'en reste pas moins flou car il convoque de multiples facteurs, définitions et modèles de compréhension, notamment selon l'obédience théorique. Pour n'en citer qu'une, la majorité des outils de mesure de l'alliance thérapeutique s'appuie sur l'approche trans-théorique proposée par Bordin [1], qui définit l'alliance thérapeutique à travers la dimension du lien affectif, de l'accord sur les objectifs et des tâches à accomplir durant le travail thérapeutique.

Dans le monde de l'EMDR, la relation thérapeutique apparaît également centrale, alors même que Francine Shapiro, étonnamment, ne la décrivait pas en détails dans ses travaux. Cette relation est d'autant plus importante en raison de l'approche très structurée de l'EMDR et de l'imprévisibilité des contenus associatifs qu'explore le patient ce qui, par conséquent, rend le risque de rupture dans le traitement élevé [12,13]. Penser la dynamique de la relation thérapeutique, notamment en termes d'attachement, permet de fournir une base solide sans laquelle la méthode EMDR ne pourrait fonctionner et apporte un éclairage dans la compréhension de ce qui peut se jouer entre patient et thérapeute. En ce sens, Piedfort-Marin [39] fait une contribution importante en définissant le lien entre les dynamiques transférentielles et le modèle du Traitement Adaptatif de l'Information (modèle TAI). En quelques mots, le modèle TAI invite à considérer la symptomatologie d'un patient comme la résultante de souvenirs d'expériences de vie négatives et stressantes non traités [48]. Tout se passe comme si le cerveau, dépassé, ne parvenait plus à « digérer » les événements. La détresse élevée entraîne donc un blocage du traitement de l'information, qui reste « en suspens », en stagnation, et donc se vit encore au travers des symptômes dans le présent. L'objectif de l'EMDR est de pouvoir conjuguer cette information au passé, particulièrement émotionnellement parlant. Le transfert, selon Piedfort-Marin, s'apparenterait à l'activation de souvenirs du patient stockés de manière dysfonctionnelle en mémoire (traumatismes et troubles de l'attachement majoritairement), activation qui se réaliserait en contact avec la situation thérapeutique, la personne du thérapeute, ou la relation elle-même avec le thérapeute. À l'inverse, le contre-transfert s'apparenterait à cette même activation de souvenirs dysfonctionnels mais cette fois chez le thérapeute, en lien avec son patient, la thérapie ou la relation thérapeutique. Il stipule que ces interactions, conscientes comme inconscientes, sont au cœur du processus EMDR et peuvent en affecter l'efficacité, remettant par-là la contribution essentielle des théories de l'attachement dans la compréhension de ce qui se joue durant toute psychothérapie, y compris dans des pratiques aussi protocolisées que

l'EMDR. Plus précisément, dans la phase de désensibilisation (phase 4), d'autres auteurs [31] observent que les SBA permettraient, d'une part, d'équilibrer le système d'attachement et le système d'exploration du patient afin d'explorer le contenu traumatique tout en restant dans une zone de sécurité tolérable, liée à la proximité physique et émotionnelle avec le thérapeute, de manière finalement similaire à ce que fait un enfant avec sa figure d'attachement sécuritaire, et, d'autre part, de réguler aussi le thérapeute lui-même face aux abréactions de son patient. Mais l'attachement va plus loin qu'un simple facilitateur de la désensibilisation. Il y aurait, selon ces mêmes auteurs [31], un apprentissage à l'œuvre où le thérapeute devient source d'inspiration pour le patient, lui enseignant des ressources, des modes de résolution de conflits intrapsychiques et lui transmettant d'une certaine manière, notamment au travers des tissages cognitifs, sa vision du monde et particulièrement celle portée par le modèle TAI, à savoir que le patient possède en lui les ressources et la capacité innée de traiter les informations dysfonctionnelles pour aller vers une résolution adaptative [16]. Le tandem que représente la situation thérapeutique dessine alors le thérapeute comme étant l'expert de la structure de la thérapie tandis que le patient demeure l'expert du contenu. Cliniquement parlant, il est rapporté que la relation thérapeutique s'établit rapidement en EMDR, sans doute en raison du caractère prédictif des interactions du thérapeute, sécurisantes pour le patient [16]. Plus encore, cette psychothérapie offre l'opportunité au thérapeute d'utiliser la relation thérapeutique en développement comme une ressource et l'installer comme telle en EMDR. Cette approche, appelée « Instant Resource Installation » [15], facilite le développement de la relation thérapeutique.

En résumé, le métier de psychothérapeute nous amène donc bien au-delà du protocole standard. Le thérapeute s'ajuste, guidé bien souvent par son intuition clinique, se met en lien avec son patient, le sécurise, l'accompagne... C'est finalement tout ce qu'il fait en creux de la technique qui permet la bonne réalisation de cette technique, auquel cas cela reviendrait à le remplacer par un robot qui n'exécuterait qu'une série de tâches. Mais l'humanité qu'il met dans l'exécution de ses tâches lui est propre, et c'est sans doute cela qui permet l'application de cette méthode aussi remarquable qu'est l'EMDR. Hase et Brisch [16] invitent à considérer l'EMDR comme une approche psychothérapeutique sensible et mettent en lien les comportements sensibles avec l'action en EMDR pendant la désensibilisation, en termes de : discours (aide à l'élaboration, soutien verbal), rythme (stimulations bilatérales, durée des sets et des pauses), contact visuel (attention aux expressions faciales du patient et aux mouvements oculaires), toucher (stimulations tactiles), perception du patient (particulièrement durant les SBA), non-interprétation (thérapeute en retrait, laisse faire le processus) et par le comportement approprié envers son patient, précisément en le maintenant en éveil et en réagissant rapidement lorsqu'il peut être en détresse. Les études d'efficacité de l'EMDR ne rendent donc pas compte de cette profondeur pourtant significative de cette psychothérapie. Pour reprendre le vocabulaire de la clinique de l'activité, le réel de l'activité s'est effacé au profit du versant prescriptif, alors même que sans ce cœur du métier, aucune application technique n'est possible. Les enjeux pour la recherche, la formation et la clinique sont alors nombreux, ce que nous développerons ci-dessous.

5. Implications pour la recherche : saisir le cœur du métier

La clinique de l'activité stipule que le réel de l'activité (cœur du métier) se révèle en creux dans l'interaction entre la tâche prescrite, soit le protocole standard dans notre cas et le travail réalisé, autrement dit la psychothérapie telle qu'elle est pratiquée

dans les faits [7]. Les ECRs permettent une compréhension précise de ce qui se joue sur le plan technique ou dans les mécanismes neurobiologiques, mais il apparaît nécessaire d'apporter un regard complémentaire en considérant la subjectivité du thérapeute qui, loin de nous détourner d'une volonté d'être objectif, se met en réalité au service de cette objectivité. Jusqu'alors, cette subjectivité est traitée majoritairement par des études de cas ou des articles proposant des réflexions cliniques. Des dispositifs méthodologiques empruntés à la clinique de l'activité, tels que l'autoconfrontation des données et l'instruction au sosie [11], ouvrent des perspectives en faisant le lien entre ces deux méthodes de recherche.

L'autoconfrontation des données est un dispositif méthodologique dit clinico-développemental qui permet au travailleur (dans notre cas le thérapeute) d'être confronté à sa pratique, généralement sur support vidéo. L'objectif est de fournir une description minutieuse et détaillée de ce qu'il se voit faire. Dans un premier temps (autoconfrontation simple des données), en dialoguant avec le chercheur, le thérapeute explicite sa pratique et commente « ce qu'il se voit faire, ce qu'il y a à faire, ce qu'il voudrait faire, ce qu'il aurait pu faire ou encore ce qui serait à refaire » [11]. Cette intrication dans le dialogue de ces différents niveaux permet de révéler ce « difficile à dire » et de faire émerger à la conscience le cœur du métier.

Dans un deuxième temps, il est ensuite possible de réaliser ce même dialogue en présence d'un autre professionnel (confrère thérapeute) permettant de croiser les différents regards professionnels sur une même pratique. C'est la rencontre entre le genre professionnel et les différents styles. Ainsi, l'objet d'étude se découpe de plus en plus de la subjectivité du thérapeute et peut être saisi dans toute son objectivité. Cette deuxième étape est appelée autoconfrontation croisée des données.

Durant ces deux étapes, le questionnement du chercheur prend la forme d'un entretien d'explicitation tel qu'initialement défini par Pierre Vermersch [57] qui consiste à ne pas questionner directement le « pourquoi ? » mais plutôt le « comment ? ». Ainsi, en questionnant le processus et non pas directement l'intention ou le résultat, le thérapeute interviewé explicite les mécanismes à l'œuvre implicites et permet une reconstitution de son expérience. Dit autrement, par l'élaboration d'expérience, il est alors possible de dessiner les dimensions génériques de l'activité étudiée.

Une autre méthode, également basée sur l'entretien d'explicitation, permet d'aller encore plus loin : la micro-phénoménologie. Cette méthode, inspirée de la conception de la phénoménologie telle que définie par Husserl [18], vise une étude des micro-processus, des éléments pré-réfléchis de l'expérience tels qu'ils se présentent dans l'expérience intérieure. Initialement, elle avait pour objectif de définir une méthode pour obtenir des descriptions très fines d'expériences singulières (ex : l'écoute d'un son, la visualisation d'un mot, l'émergence d'une idée...) basé sur des entretiens d'explicitations [57]. Après quoi, en croisant les descriptions de différentes expériences, il fut possible ensuite de créer des structures génériques des expériences étudiées à partir des descriptions singulières [36,38]. En effet, si chaque expérience est unique (par exemple, l'émergence d'une intuition ou l'écoute d'un son), la structure de cette expérience, elle, est commune à toutes, à la fois en termes de dimensions sensorielles mobilisées pendant l'expérience (nommée structure synchronique de l'expérience) mais également dans les différentes micro-étapes qui constituent la chronologie de cette expérience (nommée structure diachronique). De ce fait, si les structures sont génériques, elles deviennent comparables et par conséquent généralisables. L'investigation du cœur de processus est alors possible en répondant en même temps aux critères de scientificité. À titre d'exemple, dans le champ clinique, des travaux en micro-phénoménologie ont permis d'investiguer l'expérience de patients

souffrant de crises d'épilepsie, ce qui a permis de mettre en évidence des micro-signes capables d'être détectés avant l'émergence d'une crise et donc qu'il est possible de prévenir [37] ; ou encore d'explorer le vécu douloureux de patients souffrant de fibromyalgie [56].

De tels outils appliqués à l'évaluation de l'EMDR répondraient au défi scientifique actuel, en permettant une investigation fine et minutieuse du cœur du métier de thérapeute tout en intégrant la dimension mouvante de la situation même de la psychothérapie. La mouvance permanente des interactions n'est plus une variable à contrôler ou à mesurer en tant que telle mais bien le moyen pour accéder au réel de l'activité. La subjectivité rencontre alors l'objectivité. De tels outils méthodologiques sont d'autant plus important qu'il est apparu central de remettre l'accent sur la dimension émotionnelle et sensorielle du travail de l'EMDR et de la relation thérapeutique qui participent au moins autant à la définition de l'EMDR que le protocole standard.

6. Implications pour la formation : transmettre le cœur du métier

Nous l'avons dit, pratiquer l'EMDR c'est faire beaucoup plus que des SBA. Nous rejoignons en tout point les implications pour la formation proposées par Hase et Brisch [16] en concentrant davantage la formation en EMDR sur l'établissement d'une bonne relation thérapeutique durant les premières phases du protocole, et non centrer la majorité du propos sur les phases de traitement (phases 4 à 6). Ceci est d'autant plus important lorsqu'on considère la proportion de patients présentant un tableau clinique complexe avec troubles de l'attachement associés, mettant souvent en difficultés le thérapeute EMDR débutant, y compris pour le professionnel ayant plusieurs années de clinique derrière lui, se retrouvant souvent coincé entre ce que la technique lui impose et ce que son expérience le pousse à faire. Remettre l'attachement et la relation thérapeutique au centre de la formation des thérapeutes réduirait ce delta et permettrait de gagner en efficacité de prise en charge, particulièrement lorsqu'on considère le style d'attachement du thérapeute, qui lui aussi, vient nécessairement s'activer durant les prises en charge et particulièrement dans les cas de traumas complexes [40]. Plus encore, cette activation chez le thérapeute est absolument nécessaire pour accompagner le patient dans la résolution de ses troubles, auquel cas il ne pourrait entrer en relation. Si la relation thérapeutique demeure au cœur du métier, c'est celle-ci qu'il faut avant tout transmettre.

Cette nécessité pour le thérapeute d'être en contact avec ses ressentis va d'ailleurs plus loin que la formation en EMDR mais devrait être transmise dès la formation initiale à l'Université. En effet, si le cœur du métier se situe à un autre niveau que l'application de la technique, les étudiants doivent pouvoir être accompagnés à saisir autant ce savoir-être, si essentiel à ce métier, que le savoir-faire. L'instruction au sosie est avant toute chose un dispositif de formation qui permettrait de répondre à ce besoin. Initialement, cette technique est née dans les années 1980 dans le secteur industriel afin d'identifier chez les ouvriers leurs stratégies et comportements individuels [33] puis transformée ensuite plus tard par Yves Clot et ses collaborateurs dans un but d'analyse du travail et de formation aux « ficelles du métier » [44]. Le chercheur questionne l'interviewé (l'étudiant en l'occurrence) avec la consigne d'imaginer : « s'il devait prendre sa place (par exemple durant une séance de psychothérapie), qu'il devienne son sosie, que devrait-il faire de sorte que personne ne remarque la supercherie ? » De cette manière, l'étudiant est amené à élaborer sur sa pratique et sur ce qu'il fait. À l'inverse, un étudiant pourrait également interroger un clinicien senior suivant ce dispositif. Dans ce cas de figure, c'est l'explicitation du cœur du métier d'un senior

qui serait transmis à l'étudiant. La glace sans tain, outil couramment utilisé en formation en systémie, allié à ce genre d'exercice serait assurément formateur. L'instruction au sosie, enfin, peut également s'auto-appliquer individuellement à la manière d'une réflexion introspective sur sa pratique. Généralement, le contenu de la discussion est retranscrit et l'interviewé est invité à produire un écrit afin d'y développer ce que la lecture de cet échange avec son « sosie » a produit sur lui-même. Par ce genre d'outils, le futur thérapeute EMDR et plus largement le futur psychologue apprendraient à faire l'expérience de cette relation thérapeutique en développant sa sensibilité et sa posture méta-réflexive. Plus encore, après avoir fait l'expérience de ce genre d'exercice, l'activité elle-même s'en retrouve bouleversée et se développe.

7. Implications pour la clinique : exercer le cœur du métier

Les implications pour la clinique découlent des implications pour la recherche et pour la formation. Le développement de la posture réflexive du thérapeute est associé au développement d'une bonne alliance patient-thérapeute [22], elle-même corrélée avec l'efficacité de la psychothérapie [32]. Le praticien EMDR qui serait dans la posture de créer le contexte dans lequel il faut *laisser venir ce qui doit advenir* permettrait à son patient d'expérimenter également cette posture, vulgairement appelée « lâcher-prise ». Mais c'est par cette observation intérieure que le patient peut espérer être dans une réelle démarche introspective, plus que dans la croyance que le thérapeute va régler ses problèmes. C'est finalement rendre le patient plus autonome. Cela est d'autant plus vrai avec les patients présentant un tableau clinique complexe (traumas multiples, troubles dissociatifs, troubles de l'attachement...) où l'application stricte du protocole standard est insuffisante. Dans le cas de la prise en charge des enfants et par extension des familles, le protocole standard aussi doit être adapté, au regard de la systémie et au regard du développement de l'enfant. Si le thérapeute met une attention particulière à la relation thérapeutique, particulièrement dans ce cas-ci où il est nécessaire de s'affilier avec toute la famille, le thérapeute incarne ce que cela signifie qu'être en lien, et se faisant, transmet sans doute le plus beau modèle d'être en lien pour un parent envers son enfant, sans lequel l'efficacité de l'EMDR sur l'enfant serait nulle.

Pour les cliniciens, des outils tels que le *Psychotherapy Process Q-Sort* (PQS) peuvent être d'une grande pertinence [20]. Il s'agit d'une grille répertoriant en 100 items les éléments reflétant l'attitude du patient, ceux reflétant l'attitude du thérapeute et ceux reflétant la nature de la dyade et l'environnement. Cette grille fournit une description exhaustive du processus psychothérapeutique et est athéorique. Le PQS peut également être utilisé à des fins de recherche et de formation, mais il demeure avant toute chose un instrument pour le clinicien souhaitant observer sa pratique. En classant les items, le thérapeute peut évaluer ce qu'il juge « tout à fait caractéristique » ou au contraire « tout à fait non caractéristique » de sa pratique. C'est là un retour sur sa clinique d'une grande utilité pour tout clinicien quel que soit son terrain d'exercice.

8. Conclusion

La clinique de l'activité a depuis longtemps stipulé que le cœur du métier, quel qu'il soit, n'est pas directement accessible et se révèle entre ce que le travailleur est censé faire et ce qu'il fait réellement. Cela est d'autant plus vrai dans le champ de la psychothérapie où le thérapeute suit bien souvent une dimension intuitive pour rester au plus près de son patient. Le monde de la recherche dans le cas de l'EMDR, en tant que psychothérapie

manualisée prescriptive du travail du thérapeute, ne rend pas du tout compte de cet aspect. Il convient aujourd'hui de rétablir le thérapeute au cœur du processus afin de saisir toute la complexité qu'il mobilise en permanence. Les méthodes d'autoconfrontations des données et de micro-phénoménologie dessinent des pistes prometteuses pour la recherche. À ce jour et à notre connaissance, une seule recherche est en cours pour appliquer ces outils à l'évaluation de la psychothérapie EMDR [29]. Les implications ensuite pour la formation des thérapeutes sont fondamentales afin de transmettre cette réflexion-en-action si essentielle à ce métier, mais également pour la clinique. Comprendre en effet le cœur du métier de thérapeute, expliciter la dimension pré-réfléchie de l'expérience, permettrait une formation initiale des étudiants en psychologie plus fine, mais également une formation continue en EMDR moins au service de la technique, quoique nécessaire, mais davantage au service des patients et du processus psychothérapeutique.

Financement

Cet article est tiré d'une recherche (projet DETECT-EMDR) financée par le Fonds Européen de Développement Régional (FEDER).

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

[1] Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy* 1979;16(3):252–60.

[2] Bove S, Rizzi M. Listening to intuition: reflections on unconscious processes in the therapeutic relationship. *Trans Anal J* 2009;39(1):39–45.

[3] Caron L, Coppi M, Théry L, Vasselina A. Devant l'impossibilité de faire le travail prescrit. *Rev Projet* 2011;4(323):53–60.

[4] Centre national de ressources textuelles et lexicales. Intuition : définition de intuition [Internet]. [cité 22 févr 2020]. Disponible sur : <https://www.cnrtl.fr/definition/intuition>.

[5] Charles-Moore F. Le jugement médical: un compromis entre science et intuition. *Med Palliat* 2019;18(6):318–21.

[6] Chen YR, Hung KW, Tsai JC, Chu H, Chung MH, Chen SR, et al. Efficacy of eye-movement desensitization and reprocessing for patients with posttraumatic-stress disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 2014;9(8):e103676.

[7] Clot Y. Travail et pouvoir d'agir. Paris: PUF; 2008.

[8] Clot Y. Théorie en clinique de l'activité. In: *Interpréter l'agir : un défi théorique* [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2011 [cité 4 août 2023], p. 17–39. (Le travail humain). Disponible sur : <https://www.cairn.info/interpreter-l-agir-un-defi-theorique-9782130590439-p-17.htm>.

[9] Craig P, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: reflections on the 2008 MRC guidance. *Int J Nurs Stud* 2013;50(5):585–7.

[10] Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *Int J Nurs Stud* 2013;50(5):587–92.

[11] Duboscq J, Clot Y. L'autoconfrontation croisée comme instrument d'action au travers du dialogue : objets, adresses et gestes renouvelés. *Rev Anthropol Connaiss* 2010;4(2):255–86.

[12] Dworkin M. EMDR and the relational imperative. The therapeutic relationship in EMDR treatment. Londres: Routledge; 2005.

[13] Dworkin M, Erbeo N. Rupture and repair in the EMDR client/clinician relationship: now moments and moments of meeting. *J EMDR Prac Res* 2010;4(3):113–23.

[14] Edwards SD. Intuition as a healing modality: historical and contemporary perspectives. *J Psychol Afr* 2013;23(4):669–73.

[15] Hase M. Instant resource installation and extensive resource installation – two novel techniques for resource installation in EMDR therapy – theory, description and case report. *Eur J Trauma Dissociation* 2021;5(4):100224.

[16] Hase M, Brisch KH. The therapeutic relationship in EMDR therapy. *Front Psychol* 2022;13:835470.

[17] Haute Autorité de santé. Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves [Internet]; 2007. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf.

[18] Husserl E. L'idée de la phénoménologie : cinq leçons. France: Presses Universitaires de France – PUF; 1992 (Epiméthée).

[19] Inserm. Évaluation de l'efficacité de la pratique de l'hypnose [Internet]; 2015. Disponible sur : https://www.inserm.fr/sites/default/files/2017-11/Inserm_RapportThematique_EvaluationEfficaciteHypnose_2015.pdf.

[20] Jones EE. Manual for the psychotherapy process Q-sort. Unpublished manuscript. Berkeley: University of California; 1985.

[21] Lambert MJ, Barley DE. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy* 2001;38(4):357–61.

[22] Lamboy B, Blanchet A, Lecomte C. L'opérationnalisation du concept de conscience réflexive du psychothérapeute. *Rev Eur Psychol Appl* 2004;54(3):189–205.

[23] Lê Quang D. Faire advenir l'effet : le moment opportun en psychothérapie dans le miroir de la Chine. *Psychotherapies* 2013;33(4):245.

[24] Lecomte C. La clé d'une thérapie réussie ? Le thérapeute ! Les Grands Dossiers des Sciences Humaines, 15. 2009;p. 14.

[25] Lecomte C, Savard R, Drouin MS, Guillon V. Qui sont les psychothérapeutes efficaces ? Implications pour la formation en psychologie. *Rev Que Psychol* 2004;25(3):73–102.

[26] Lee CW, Cuijpers P. A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2013;44(2):231–9.

[27] Leplat J, Hoc JM. Tâche et activité dans l'analyse psychologique des situations. *Cah Psychol Cogn* 1983;3(1):49–63.

[28] Luber M. Interview with Francine Shapiro: historical overview, present issues, and future directions of EMDR. *J EMDR Pract Res* 2009;4:217–31.

[29] Machado J, Gendarme S, Eby E, Rotonda C, Tarquinio C. La dimension du thérapeute dans l'efficacité de la prise en charge EMDR du trauma: la dimension oubliée ? Présentation d'un protocole de recherche. *Ann Med Psychol (Paris)* 2025;183(6):646–50.

[30] Mlisa LRN, Nel P. Types of umbilini (intuition) in the "ukunyanga" (Xhosa divination) tradition. *J Psychol Afr* 2013;23(4):609–14.

[31] Nicolas F, Delahaye A, Gheorghiev C. Comprendre l'effet thérapeutique de l'EMDR à l'aune de la relation thérapeutique et des théories de l'attachement. *Psychotherapies* 2022;42(4):227–40.

[32] Norcross JC, Lambert MJ. Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy* 2011;48(1):4–8.

[33] Oddone I, Re A, Briante G. Redécouvrir l'expérience ouvrière : vers une autre psychologie du travail ? Paris: Éditions sociales; 1981, 260 p.

[34] Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e éd., Genève: Masson; 2015.

[35] Peña JJ. The embodied intersubjective space: the role of clinical intuition in somatic psychotherapy. *Body Mov Dance Psychother* 2019;14(2):95–111.

[36] Petitmengin C. L'expérience intuitive. Paris: L'Harmattan; 2001.

[37] Petitmengin C, Baulac M, Navarro V. Seizure anticipation: are neurophenomenological approaches able to detect preictal symptoms? *Epilepsy Behav* 2006;9(2):298–306.

[38] Petitmengin C, Remillieux A, Valenzuela-Moguillansky C. Discovering the structures of lived experience: towards a micro-phenomenological analysis method. *Phenom Cogn Sci* 2019;18(4):691–730.

[39] Piedfort-Marin O. Transference and countertransference in EMDR therapy. *J EMDR Prac Res* 2018;12(3):158–72.

[40] Piedfort-Marin O. Lorsque les traumatismes du thérapeute émergent en séance de psychothérapie : l'utilisation du contre-transfert lié à des traumatismes. *Eur J Trauma Dissociation* 2019;3(3):171–80.

[41] Plantade-Gipch A. Former les futurs psychothérapeutes à la relation : la réflexion-en-action dans l'alliance thérapeutique. *Prat Psychol* 2017;23(3):217–31.

[42] Polanyi M. Personal knowledge. Corr. Ed., Chicago: University of Chicago Press; 1974, 442 p.

[43] Saint-Arnaud J. La réflexion-dans-l'action : un changement de paradigme. *Rech Format* 2001;36(1):17–27.

[44] Saujat F. Fonction et usage de l'instruction au sosie en formation initiale [Internet]. France: IUFM d'Aix-Marseille; 2005. Disponible sur : http://www.cas-pf-hes-vd.ch/fileadmin/user_upload/docs/PF14_15_sosie.pdf.

[45] Schön DA. The reflective practitioner: how professionals think in action. New York: Basic Books; 1984, 384 p.

[46] Schulte D. Therapieplanung [treatment planning]. Göttingen: Hogrefe Verlag; 1996.

[47] Schulte D, Eifert GH. What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clin Psychol Sci Pract* 2002;9(3):312–28.

[48] Shapiro F. Manuel d'EMDR (Intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires) : principes, protocoles, procédures. Paris: InterÉditions; 2007, 592 p.

[49] Soma CS, Baucom BRW, Xiao B, Butner JE, Hilpert P, Narayanan S, et al. Coregulation of therapist and client emotion during psychotherapy. *Psychother Res* 2019;30(5):1–13.

[50] Steffens N. L'ajustement du thérapeute : ce que nous apprend l'étude des objets discursifs dans les phases 3 et 4 du protocole de la psychothérapie EMDR. Metz: Université de Lorraine; 2017.

[51] Stolper E, Van Royen P, Van de Wiel M, Van Bokhoven M, Houben P, Van der Weijden T, et al. Consensus on gut feelings in general practice. *BMC Fam Pract* [Internet] 2009;10(1):66. [cité 25 févr 2020] <https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-10-66>.

[52] Stolper E, Van de Wiel M, Van Royen P, Van Bokhoven M, Van der Weijden T, Dinant GJ. Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. *J Gen Intern Med* 2011;26(2):197–203.

- [53] Tantia JF. Is intuition embodied? A phenomenological study of clinical intuition in somatic psychotherapy practice. *Body Mov Dance Psychother* 2014;9(4):211–23.
- [54] Thurin JM, Briffault X. Distinction, limites et complémentarité des recherches d'efficacité potentielle et d'efficacité réelle : nouvelles perspectives pour la recherche en psychothérapie. *Encephale* 2006;32(4):402–12.
- [55] Tschacher W, Meier D. Physiological synchrony in psychotherapy sessions. *Psychother Res* 2019;0(0):1–16.
- [56] Valenzuela-Moguillansky C. An exploration of the bodily experience of persons suffering from fibromyalgia. *Constr Found* 2013;8(3):339–50.
- [57] Vermersch P. L'entretien d'explicitation (*Originally published in 1994*), 9^e éd., Paris: ESF; 2019, 208 p.
- [58] Vygotski L. La signification historique de la crise en psychologie. Lausanne-Paris: Delachaux et Niestlé; 1927.
- [59] Witteman CLM, Spaanjaars NL, Aarts AA. Clinical intuition in mental health care: a discussion and focus groups. *Couns Psychol Q* 2012;25(1):19–29.
- [60] Zhang Y, Meng T, Hou Y, Pan Y, Hu Y. Interpersonal brain synchronization associated with working alliance during psychological counseling. *Psychiatry Res* 2018;282:103–9.